VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Global mental sundhed

Overlæge Marianne C. Kastrup &
afdelingslæge Armando Báez Ramos

H:S Rigshospitalet, Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Psykiatrisk Klinik

Op mod 450 mio. personer lider på et givet tidspunkt af en neurologisk, psykiatrisk eller adfærdsmæssig sygdom [1], og ca. 25% af alle får på et tidspunkt i livet en psykisk eller adfærdsmæssig lidelse [1]. Ca. 20% af de patienter, der ses i den primære sundhedstjeneste, har en psykisk lidelse, men en betydelig del af disse bliver hverken diagnosticeret eller behandlet [1]. Fire ud af de ti mest betydningsfulde sygdomme målt med Years of Life lived with Disability (YLD) er psykiske sygdomme, nemlig unipolar depression, alkoholmisbrug, skizofreni og bipolær affektiv lidelse [1]. I EU udgør psykiske lidelser 25% af den samlede sygdomsbyrde [2].

De psykiske sygdomme har betydelig geografisk variationsbredde i forekomst og forløb, men genfindes i alle kulturer. Blandt yngre mennesker (15-44 år) bevirker kun hiv/aids globalt flere sygedage og invaliditet end depression. Samtidig er psykiatriske lidelser kendetegnet ved, at de sætter ind tidligere i en patients livsforløb end andre alvorlige sygdomme og varer længere [1]. Der er således særdeles stærke argumenter for at beskæftige sig med verdens mentale sundhed.

I denne artikel gennemgås de globale aspekter af de væsentligste psykiatriske lidelsers epidemiologi. Endvidere beskrives disse lidelsers vigtigste sundhedsøkonomiske konsekvenser.

Epidemiologi

Skizofreni

WHO gennemførte i 1960'erne sammenlignende undersøgelser af skizofreniens forekomst og forløb i ti lande (IPSS-studiet og DOSMED) [3]. Der påvistes betydelig lighed i fremtrædelsesform og incidens ved anvendelse af et snævert skizofrenibegreb, hvorimod variationen øgedes betragteligt ved anvendelse af en bredere skizofreniafgrænsning, fra 4,2 pr. 100.000 personer i Chandigarh, Indien, til 1,6 pr. 100.000 personer i Århus [3]. Skizofreni udgør 1,1% af den globale sygdomsbyrde og 2,8% af YLD.

Sygdommen har generelt stort set samme hyppighed hos begge køn, men der er tidligere sygdomsfrembrud hos mænd. Sygdomsforløbene er markant forskellige fra kultur til kultur med et relativt gunstigere forløb i udviklingslandene, hvilket er tilskrevet en interaktion mellem genetisk variation og specifikke forhold i omgivelserne [3]. 63% af de skizofrene lidelser i udviklingslandene mod 37% i udviklede lande viste remission efter to år. Også i lande som Singapore og Japan ses en mere favorabel prognose, hvorfor forskelle i forløb måske snarere end teknologisk udviklingsgrad kan forklares ved forskelle mellem vestlige samfund og ikkevestlige samfund, som fastholder elementer af deres oprindelige kultur [4].

Affektive lidelser

Depression er den fjerdevigtigste årsag til den globale sygdomsbyrde og udgør for 2000 4,4% af de totale Disability Adjusted Life Years (DALY), [som er summen af år mistet pga. for tidlig død og antallet af år mistet pga. handikap (YLD)] og 12% af YLD's [5]. Punktprævalensen for unipolar depression er 1,9% for mænd og 3,2% for kvinder, og 5,8% af mændene og 9,5% af kvinderne vil få en depressiv periode inden for en 12-måneders-periode. Hvert år rammes 5-8% af den voksne befolkning af en depressiv episode [2], og livstidsrisikoen for at få en svær depression er estimeret til 12-16%. I Europa er antallet af personer med depression beregnet til 20,8 mio. Bipolare lidelser er vurderet til at have en global prævalens på 1-5%.

Epidemiologiske undersøgelser viser, at kvinder har en 1,5-2 gange så stor risiko for at få en depression som mænd [1], og mens depressionens byrde udgør en fjerdeplads af den globale sygdomsbyrde blandt kvinder, indtager den en syvendeplads blandt mænd.

Depressionens byrde er afhængig af region med relativ mindre vægt i fattigere områder. Således udgør depressionens andel af den totale sygdomsbyrde 1,2% i Afrika og 8,9% i højindkomstlande.

Globalt set har WHO påvist ganske ensartet symptomatologi, men betydelige forskelle i prævalens. Kultur synes at have en patoplastisk effekt på, hvorledes den depressive adfærd viser sig. Hos patienter i ikkeindustrialiserede lande fremhæves ofte somatiske i forhold til psykologiske aspekter.

Angstlidelser

I Europa estimeres antallet af personer med angstlidelser til at udgøre 41,4 mio. [2], og etårsprævalensen udgør 12% af EU's voksne befolkning [2].

Epidemiologiske prævalensundersøgelser har hos den kinesiske befolkning påvist nervøse lidelser hos fire ud af 1.000 mænd og 39 ud af 1.000 kvinder [6], og den hyppigere forekomst hos kvinder genfindes generelt. I USA viste Epidemiological Catchment Area (ECA)-undersøgelsen [6], at generel angst var hyppigst blandt afroamerikanere med en etårsprævalens på 2,7% mod en etårsprævalens på 1,6% blandt angelsaksiske amerikanere.

Sammenlignende undersøgelser af patientklager i almen

praksis rapporterer om hyppige generaliserede angstlidelser, fra 22% blandt patienter i Rio de Janeiro til 2% i Shanghai og 1% i Ankara [6]. Op mod en tredjedel af alt sygefravær pga. psykiske problemer tilskrives angstlidelser.

Traumatisk betingede lidelser

Punktprævalensen af posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD) i almenbefolkningen er estimeret til 0,4% af den globale sygdomsbyrde, og livstidsprævalensen for PTSD estimeres til 10,4% hos kvinder og 5% hos mænd [7]. Epidemiologiske undersøgelser viser, at prævalensen af PTSD efter traumatiske oplevelser varierer betydeligt bl.a. pga. undersøgelsesmetodologiske problemer, men den skønnes at rangere mellem 9% og 37% [7]. PTSD udgør et betydeligt folkesundhedsproblem globalt, og symptomerne er sammenlignelige på tværs af kulturer, men diagnosens applicerbarhed i andre kulturer end den vestlige har været genstand for betydelig kritik [7].

Alkoholmisbrug

Alkoholmisbrug estimeres at omfatte ca. 76 mio. mennesker globalt og at være præget af store regionale forskelle i accepteret adfærd og holdninger til misbrug. Ifølge den globale sygdomsbyrde estimeres alkoholmisbrug at være årsag til 1,5% af alle dødsfald. Punktprævalensen skønnes at være 1,7% globalt, 2,8% hos mænd og 0,5% hos kvinder. Alkohol rangerer højt som årsag til sygdomsbyrde med 3,5% af de samlede DALY [1]. Livstidsprævalensen for alkoholproblemer for mænd i forhold til kvinder er fundet at være hhv. 31% og 7% i Canada, 25% og 2% i Puerto Rico og 43% og 3% i Sydkorea. Lignende betydelige kønsforskelle dokumenteres i stort set alle undersøgelser, såvel hvad angår alkoholindtagelse som fysiske og sociale senfølger.

I sammenlignende undersøgelse fra almen praksis er der fundet alkoholrelaterede problemer hos ca. 10% af patienter fra Seattle, USA, Manchester, Berlin og Paris mod ca. 2% i Ankara, Shanghai og Bangalore. Disse forskelle i samspil med den biologiske og psykologiske sårbarhed samt de sociokulturelle forhold er afgørende for, hvilke konsekvenser misbruget får for den mentale sundhed [6]. Yderligere synes misbrug at være sammenknyttet med samfundsmæssige forhold som destabilisering og desintegration.

Selvmord

I en undersøgelse i 53 lande påviste man en aldersstandardiseret selvmordsrate på 15,1 pr. 100.000 personer med 24,0 pr. 100.000 mænd og 6,8 pr. 100.000 kvinder [1]. I aldersgruppen 15-44 år er selvmord den næsthyppigste dødsårsag i den europæiske region.

Forekomst af selvmord knyttes sammen med familiestruktur, religion, sociale stressfaktorer og misbrug, og sammenhængen mellem psykisk sygdom og selvmord er veldokumenteret ikke mindst på baggrund af danske registerundersøgelser [8]. Traditionelt er høj selvmordsfrekvens beskrevet i visse lande, som bl.a. Ungarn, mens andre lande som Mexico har en 30-40 gange lavere forekomst, men i de senere år er der iagttaget en kraftig øgning af selvmord i lande som Mexico og Indien [1]. Dette er i modsætning til den udvikling, der er observeret herhjemme, hvor der siden 1980 er sket et næsten konstant fald i selvmordsraten [8]. Selvmordsadfærd er præget af psykologiske, biologiske og sociokulturelle faktorer, og for individet er oplevelsen af sammenhæng med sin sociokulturelle gruppe afgørende.

Sundhedsøkonomi

Siden Verdensbanken og WHO i 1990'erne foretog deres analyser af *global burden of disease* (GBD) er opmærksomheden på de psykiske lidelsers samfundsøkonomiske konsekvenser øget. Også European Brain Council er netop fremkommet med en redegørelse om de psykiske lidelsers placering i en europæisk, sundhedsøkonomisk sammenhæng [2].

Projektioner frem mod 2020 viser, at de neuropsykiatriske sygdomme vil øge deres andel fra ca. 10,5% af den totale sygdomsbyrde i 1990 til 15% i 2020. I Europa udgør neuropsykiatriske lidelser mere end 40% af de kroniske lidelser og rangerer højest, hvad angår bidrag til DALY [9].

Men det øgede fokus har ikke været en garanti for, at mennesker med psykiske lidelser i udviklingslandene får en bedre behandling, og der er stadig en betydelig afstand mellem sygdommenes omfang og muligheden for adækvat behandling (*treatment gap*) heraf, ikke mindst i ikkeindustrialiserede lande, hvor tilgængelighed af psykiatrisk uddannet personale er yderst begrænset.

I Vesteuropa er *treatment gap* beregnet til 17,8% for skizofrene, 45,4% for svær depression og 62,3% for generaliseret angst [8]. Blandt 24 europæiske lande allokeres 5,8% af nationalproduktet til mental sundhed, men lidelserne udgør 20% af sygdomsbyrden [9].

Forebyggelse

For at mindske afstanden mellem sygdomsomfang og behandlingsmulighed bør vægten fremover lægges på forskning i og implementering af behandlinger, der er praktiske og interventionsorienterede, og som tilgodeser de pågældende befolkningers behov [10].

Som eksempler på denne forskning kan nævnes: 1) Da maternel depression i prænatal- og postnatalperioden er prædiktor for lavere vækststigning og diare hos afkommet, kan en tidlig indsats bidrage til en bedring af folkesundheden på længere sigt. 2) Ved at kombinere medicin og undervisning og støtte til familien kan skizofrenes tilbagefald reduceres fra ca. 50% til under 10% efter et år [1].

Med implementering af omkostningseffektive foranstaltninger, hvor fokus rettes mod forebyggelse og behandling af psykiske lidelser, ville en mindskelse af den nuværende sygdomsbelastning af psykiatriske lidelser være realiserbar.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Korrespondance: *Marianne C. Kastrup,* Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Psykiatrisk Klinik, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø.
E-mail: marianne.kastrup@rh.hosp.dk

Antaget: 21. juni 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. WHO. World Health Report. Geneva: WHO, 2001.
2. Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen H-U et al. Costs of disorders of the brain in Europe. Eur J Neurol 2005;12(suppl 1).
3. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. Psychol Med Monogr Suppl 1992;20:1-97.
4. Jilek W. Cultural factors in psychiatric disorders. Paper 26.th Congress of World Federation of Mental Health, 2001 http://www.mentalhealth.com/mag1/wolfgang.html /april 2002.
5. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 2004;184:386-92.
6. Tseng W-S. Handbook of Cultural Psychiatry. San Diego: Academic Press, 2001.
7. Ekblad S, Jaranson J. Psychosocial rehabilitation. I: Wilson J, Drozdek B, red. Broken spirits. New York: Brunner & Routledge, 2004.
8. Helweg-Larsen K. Selvmord i Danmark. Markant fald i selvmord, men stigende antal selvmordsforsøg hvorfor? København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
9. WHO. Mental health, facing the challenges, building solutions. Report from the European ministerial conference. København: WHO, 2005.
10. Saraceno B, Saxena S. Bridging the mental health research gap in low- and middle-income countries. Acta Psychiatr Scand 2004;110:1-3.

Metabolisk syndrom i globalt perspektiv

Betydning for folkesundheden

Professor Knut Borch-Johnsen

Steno Diabetes Center

Globalt ses en transition i sygdomsmønsteret, så infektionssygdommenes betydning gradvist aftager, mens de kroniske sygdomme som hjerte-kredsløbs-sygdom, cancer og diabetes i stigende grad præger sygdomsmønsteret globalt set. Af de estimerede 58 mio. dødsfald i 2005 kunne 35 mio. tilskrives kroniske sygdomme. Kroniske sygdomme forårsager dermed dobbelt så mange dødsfald som infektionssygdomme, underernæring og dødsfald ved graviditet og fødsel tilsammen [1]. At det ikke kun er rige landes befolkninger, der rammes, ses af, at fire ud af fem dødsfald af kroniske sygdomme finder sted i mellem- og lavindkomstlande.

Den gradvise ændring i livsstil, som i Europa og Nordamerika har fundet sted over flere århundreder, har adskillige tredjeverdenslande gennemløbet på relativt få årtier. Kombinationen af øget tilgang til mad og nedsat behov for fysisk aktivitet har som bivirkning haft øget forekomst af overvægt/fedme, dyslipidæmi, hypertension og hyperglykæmi/diabetes. Denne kombination af samtidigt forekommende risikofaktorer for udvikling af hjerte-kredsløbs-sygdom betegnes ofte det metaboliske syndrom. Denne ophobning (*clustering*) af riskofaktorer for udvikling af hjerte-kredsløbs-sygdomme er beskrevet helt tilbage til slutningen af 1800-tallet, mens beskrivelsen af insulinresistens ved diabetes stammer fra 1936 [2]. Selve det metaboliske syndrom, i den form vi kender det i dag, beskrives første gang af *Reaven* i 1988 [3]. Gennem de seneste ti år er der udarbejdet en række forsøg på at nå en fælles, internationalt accepteret definition af det metaboliske syndrom. Herved er der samtidig sket et konceptskifte, idet de første beskrivelser af syndromet tog udgangspunkt i insulinresistens som forklarende og samlende årsag i et forsøg på at skabe en patofysiologisk forståelsesramme for syndromet. I modsætning hertil har man i de nyere definitioner inklusive den seneste fra Interntional Diabetes Federation [4] typisk anlagt et rent pragmatisk synspunkt, hvor fedme/abdominal fedme udgør det obligatoriske element, hvor dyslipidæmi, hypertension og hyperglykæmi indgår, men hvor insulinresistens ikke indgår i definitionen. Dette har ført til det paradoks, at mens det metaboliske syndrom har fået stigende opmærksomhed fra såvel behandlere som den farmaceutiske industri, så er der stigende uklarhed med hensyn til definition og patofysiologisk grundlag for syndromet [5]. Gennem de seneste ti år er der publiceret mere end 17.000 videnskabelige arbejder med nøgleord som *metabolic syndrome* eller *insulin resistance*, men trods dette viser en ny oversigtsartikel behovet for en kritisk revurdering af syndromets indhold og eksistens overhovedet [5].

Når det metaboliske syndrom påkalder sig interesse, er det, fordi de faktorer, der indgår, alle er associeret med en øget sygelighed og dødelighed, specielt af hjerte-kredsløbs-sygdom. Det er dog stadig tvivlsomt, om tilstedeværelse af det metaboliske syndrom prædikterer udvikling af kardiovaskulær sygdom bedre end summen af de enkelte risikofaktorer [6]. Dette forhold, kombineret med manglen på gode epidemiologiske data om prævalensen af det metaboliske syndrom fra store dele af verden gør, at der i denne artikel fokuseres mere på forekomsten af enkeltkomponenterne end på det samlede syndrom.